

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 novembre 1901

PAR

Paul DASSONVILLE

Né à Valenciennes le 7 septembre 1874

ÉTUDE

Sur le Chancre Syphilitique de l'Urètre

CHEZ LA FEMME.

Président : A. FOURNIER, professeur.

Juges { **MM. JOFFROY, professeur,**
GAUCHER et WIDAL, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	{ BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	N...
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DÉJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ GRANCHER.
Clinique des Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{ LEDENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	{ PINARD.
Clinique gynécologique	{ BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	{ POZZI.
	{ KIRMISSON.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DUPRÉ	LAUNOIS	RICHAUD
AUVRAY	FAURE	LEGRY	TEISSIER
BESANÇON	GILLES DE LA	LEGUEU	THIERY
BONNAIRE	TOURETTE	LEPAGE	THIROLOIX
BROCA (Aug.)	GOSSET	MARION	THOINOT
BROCA (André)	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CHASSEVANT	GUIART	MERY	WALLICH
CUNEO	HARTMANN	POTOCKY	WALTER
DÉMELIN	JEANSELME	REMY	WIDAL
DESGREZ	LANGLOIS	RENON	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL, agrégé.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

INTRODUCTION

Le chancre syphilitique de l'urètre chez la femme n'a fait jusqu'à ce jour, croyons-nous, l'objet d'aucune étude d'ensemble. Une observation, parue en juillet 1901 dans le *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, a attiré notre attention sur ce sujet, et nous avons cru intéressant de rassembler dans une thèse quelques observations qui en devaient exister. M. le Dr Jullien a bien voulu nous communiquer les quelques cas inédits qu'il avait recueillis dans son service.

C'est ce qui nous permet de vous présenter aujourd'hui cette étude suivie de cinq observations dont trois ont trait à des chancres du méat et les deux autres à des chancres intra-urétraux. Quatre de ces observations sont inédites ; la cinquième est celle dont nous parlons plus haut ; elle a été recueillie et publiée par M. Druelle, interne de Saint-Lazare.

Mais, avant d'aborder notre sujet, il est pour nous un devoir et nous sommes heureux de le remplir.

Nous remercions donc nos anciens maîtres de Lille, adressant d'abord un souvenir ému à la mémoire du regretté professeur Wannebroucq qui nous a initié aux difficultés de la Clinique Interne. M. le professeur Dubar

a droit, lui aussi, à nos remerciements pour les bonnes leçons de Chirurgie pratique qu'il nous a données pendant notre stage en sa Clinique Chirurgicale de Sainte-Eugénie. Nous devons un souvenir particulier à M. le professeur Wertheimer et à M. le professeur-agrégé Phocas, dont nous avons été successivement l'externe pour les salutaires conseils qu'ils nous ont donnés pendant les deux années où nous fûmes attaché à leur service.

Nous avons également des maîtres à remercier à Paris. C'est, en premier lieu, M. le professeur Pinard.

Nous avons fait notre stage d'accouchements à la Clinique Bandeloque; et si nous savons quelque peu d'obstétrique, nous croyons le devoir à l'enseignement clair et précis, s'appuyant sur des faits qui nous a été donné par le Maître en le trop court espace de temps que nous y avons passé.

M. le professeur Tillaux voudra bien accepter l'hommage de notre reconnaissance. C'est en suivant ses Cliniques que nous avons appris à soigner les blessés et à les interroger pratiquement.

M. le Docteur Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, a droit, lui aussi, à nos remerciements, puisque c'est à lui que nous devons les observations qui nous permettent de présenter aujourd'hui notre thèse.

M. le professeur Fournier voudra bien croire qu'il nous a fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse et agréer ici l'expression de notre reconnaissance.

DIVISION DU SUJET

Dans cette étude, nous traiterons successivement de l'historique, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, les complications, le pronostic et le traitement du chancre syphilitique de l'urètre chez la femme.

Nous poursuivrons parallèlement, dans chacun de ces chapitres, l'histoire de ses deux variétés topographiques : le chancre du méat et le chancre intra-urétral.

ETUDE

Sur le Chancre syphilitique de l'urètre

CHEZ LA FEMME

HISTORIQUE

De tous les chancres génitaux et extra-génitaux, le chancre de l'urètre, tant chez l'homme que chez la femme, est assurément un de ceux qui ont le plus attiré l'attention des anciens vénéréologistes. Pour eux, en effet, les identistes : blennorrhagie et chancre dépendaient d'un même agent : le « Virus vénérien ».

Quoi de plus naturel alors que d'étudier la maladie vénérienne là où son agent principal avait son domicile électif : dans le canal de l'urètre.

Et en ce temps là, déjà, la maladie vénérienne urétrale était considérée comme plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; puisqu'alors comme maintenant, l'urètre féminin beaucoup plus tolérant que l'urètre masculin, et caché en outre par les grandes lèvres, ne réclamait pas aussi souvent le secours de la science contre un écoulement, souvent indolore et invisible, et partant méconnu.

Si nous voyons maintenant ce qu'en disent les auteurs qui, comme Astruc, sont Unicistes : croient à l'existence, dans le chancre, d'un agent différent de celui de la blennorrhagie, nous constatons une progression décroissante pour le chancre de l'urètre chez la femme, et Astruc nous dit, dans son *Traité de la maladie vénérienne*, tome III : « Dans les femmes, ils occupent ordinairement la face interne des grandes lèvres, le clitoris, la base ou le prépuce du clitoris, les deux côtés des nymphes, les caroncules myrtiliformes, et le vagin ; quelquefois même, l'extrémité de l'urètre près des lacunes. Ce quelquefois même indique assez la rareté du chancre de l'urètre chez la femme ; et encore, le chancre mou entraînait-il alors pour sa part dans les cas visités.

Avec Hunter, cependant, la théorie identiste, dont il était un ardent défenseur, faillit reprendre ses droits. Son expérience, qui force l'admiration, paraissait démontrer péremptoirement que le pus blennorrhagique pouvait donner la syphilis. C'est qu'à cette époque on ne pouvait songer que la blennorrhagie aurait un jour un critérium microscopique.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur les opinions des auteurs antérieurs à Astruc.

Il nous faut arriver aux travaux des auteurs du XIX^e siècle, et surtout des auteurs français, pour voir enfin établie la juste division des affections vénériennes en Blennorrhagie, Chancre simple, Chancre induré syphilitique.

Parmi ces auteurs, les uns eurent à lutter pour le triomphe de la doctrine dualiste, nous avons nommé Ricord, Clerc, Rollet ; les autres écrivirent après qu'elle eut été définitivement établie.

Nous citerons, de ces auteurs, les passages qui nous semblent se rapporter le plus à notre sujet.

Et d'abord, de Ricord la phrase suivante trouvée dans ses additions au *Traité de la maladie vénérienne de Hunter*, traduction Richelot : « On rencontre le chancre de l'urètre chez l'homme et chez la femme, à différentes profondeurs ; j'en ai publié des observations dans mon *Traité pratique des maladies vénériennes*. » Et ailleurs de lui encore : « Le privilège de l'induration n'est-il dénié sur la femme qu'à certaines régions, à certains points des organes sexuels, par exemple ? C'est là sans doute ce qu'on a voulu me faire dire. Or, à la vulve, sur les petites lèvres, sur le clitoris, sur l'urètre, il est pas rare de voir l'induration se formuler très bien, très nettement. »

Clerc, en 1866, à propos de l'induration du chancre syphilitique est amené à citer les régions du corps de la femme où il a rencontré le chancre et dit : « les chancres des autres régions que les parties génitales (chez la femme) se sont présentés à notre observation aussi fréquemment indurés que les chancres homologues de l'homme. Il est même chez la femme certaines régions dans lesquelles l'induration est plus marquée que chez l'homme. Ainsi, le chancre des lèvres est souvent plus volumineux, plus épais, plus

induré enfin que chez l'homme. *Nous en dirons autant des chancres de l'orifice de l'urètre.* »

Rollet, *Maladies vénériennes* : « L'induration est aussi, dans beaucoup de cas, très accentuée sur les petites lèvres, sur le clitoris, *sur l'urètre* où domine pourtant le chancre parcheminé. » — « Le chancre syphilitique urétral ne fournit qu'une sécrétion peu abondante ; l'écoulement du canal est-il très prononcé, c'est qu'il existe avec le chancre une blennorrhagie. »

Lancereaux, *Traité historique et pratique de la syphilis* : « Chez la femme, où souvent le chancre paraît manquer au début de la syphilis, les organes génitaux sont, comme chez l'homme, le siège habituel de l'ulcération primitive. Sur 45 malades atteintes de chancres infectants, A. Martin a trouvé 33 chancres génitaux et 12 extra-génitaux. La plupart des chancres génitaux occupaient les parties génitales externes. Rarement cet accident s'est rencontré sur les parois du vagin ; parfois cependant, on a pu constater sa présence sur le col de l'utérus. »

Cornil (*Leçons sur la syphilis*, 1879) met le chancre de l'urètre chez la femme dans les et cætera, ce qui prouve que pour lui ce chancre est fort rare.

Mauriac : « Les chancres du méat urinaire (chez la femme) s'entourent souvent d'une induration volumineuse et profonde qui constitue comme une sorte de tumeur chondroïde à la partie supérieure de la vulve. Ils ne subissent point, malgré leur masse, le ramollissement nécrobiotique si commun dans les chancres

balano-préputiaux profonds et étendus ; mais ils s'ulcèrent quelquefois, végétent, deviennent douloureux, s'enflamment et saignent facilement. Aussi persistent-ils parfois très longtemps, et leur longue durée contrasté avec l'évolution si rapide qu'on observe dans les chancres des petites lèvres, et surtout, au plus haut degré, dans les chancres du col de l'utérus. L'induration déforme l'orifice urétral, le boursoufle, le rend béant, fongueux, et se prolonge quelquefois en arrière sur une grande étendue du canal. »

Jullien, *Traité pratique des maladies vénériennes*.
« Le chancre du méat, en raison des conditions locales auxquelles il est soumis, est en général nettement ulcéreux, très induré, et persiste longtemps. L'orifice urétral est plus ou moins défiguré par le tissu de nouvelle formation qui occupe en général le croissant inférieur ; ses bords sont raidis et boursoufflés ; la lésion se propage parfois à tout le segment terminal du canal. »

Du Castel, *Chancres génitaux et extra-génitaux*, Paris, 1895. « Les chancres du méat et de l'urètre, chez la femme, donnent naissance à la production d'une tumeur cylindrique du volume d'un gros manche de porte-plume, d'une dureté chondroïde, au milieu de laquelle on aperçoit l'orifice de l'urètre rétréci, et présentant parfois, d'une façon très nette, la coloration rouge caractéristique. Le manchon d'induration se prolonge plus ou moins dans l'urètre. La durée d'un tel chancre est ordinairement très longue. »

Fournier, *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*. « Au méat urétral chez la femme, et dans la région avoisinante, le chancre présente communément une double particularité. D'une part, il est doublé d'une forte induration ; d'autre part, il est rebelle, persistant ; il ne se répare et ne se cicatrise qu'avec une lenteur insolite, irrité et entretenu qu'il est par le passage de l'urine à sa surface. — Lorsqu'il siège exactement sur le méat, en se prolongeant ou non dans l'urètre, l'orifice du canal se présente boursoufflé, béant, rouge, saignant à la pression, et offrant au toucher une induration circonscrite des plus accentuées. »

Avec ces différents auteurs, nous concluons que le chancre syphilitique de l'urètre chez la femme est aussi induré que tout autre chancre syphilitique soit de la femme soit de l'homme ; que les progrès de la science ont divisé l'ancienne maladie vénérienne en trois affections distinctes : Blennorrhagie, Chancrelle, Chancre induré syphilitique. Cette division réduit à leur plus simple expression les chancres syphilitiques de l'urètre féminin et permet d'en étudier séparément l'étiologie et les symptômes.

ETIOLOGIE

Sous cette rubrique, nous aurons à étudier :

1° *La rareté* du chancre de l'urètre de la femme, surtout du chancre intra-urétral. A l'appui de notre dire nous aurons les quelques statistiques publiées antérieurement, et nous présenterons aussi une statistique inédite de l'Infirmierie de Saint-Lazare, due à la bienveillance de M. le docteur Jullien.

2° *Le siège* du chancre. Nous ferons pour cette étude une double division, étudiant d'abord le chancre du méat, et ensuite le chancre intra-urétral.

3° *La pathogénie*. Nous verrons comment les auteurs ont cherché à expliquer sa production, nous rappelant que chez la femme, l'urètre sert uniquement à l'excrétion de l'urine, et se trouve par le fait même beaucoup moins exposé que celui de l'homme à la contagion.

1° *Rareté*. — S'il est reconnu maintenant que le chancre de l'urètre de l'homme n'est pas une rareté pathologique ; qu'il est même le plus fréquent des chancres « larvés » : il n'en est pas de même pour le chancre de l'urètre féminin. Si pour le chancre de l'homme, Bassereau donne le chiffre de 14 contre 361, Clerc celui de 33 contre 404, Fournier celui de 32 au

méat et 17 intra-urétraux contre 414 cas de chancre induré, ce qui représente une moyenne de 1 contre 12, les statistiques que nous allons passer en revue démontrent surabondamment que chez la femme le chancre de l'urètre est une rareté.

D'abord la statistique de Lewin prise à l'Hôpital de la Charité à Berlin nous donne pour 612 cas de chancres indurés chez la femme la faible proportion de 6 cas ; c'est-à-dire à peu près 1 cas pour 100.

Nous citerons ensuite deux statistiques que nous avons trouvées dans *Traité des maladies vénériennes* de Rollet paru en 1865.

La première est une statistique de Martin prise à Saint-Lazare. Rollet fait judicieusement remarquer que dans cette statistique il n'est pas question du chancre du sein, les femmes de Saint-Lazare n'étant pas nourrices. Sur 45 femmes atteintes de chancre induré, M. Martin a trouvé pour siège du chancre :

Les grandes lèvres	15
Les petites lèvres.	9
La fourchette	5
Le méat urinaire.	2
Le vestibule	2
Le périnée	2
L'anüs	2
Les fesses	1
Les cuisses.	1
La lèvre inférieure	2
Les ailes du nez	1
La langue	1
La base de la luvette	1
Le front.	1
Total.	45

Soit 2 chancres de l'urètre sur 45 cas. La deuxième statistique a été recueillie à l'Antiquaille à Lyon par M. Carrier dans le service de M. Bonnarie. Les nourrices sont admises dans ce service.

Sur 130 femmes affectées de chancre induré, nous avons :

Les grandes lèvres	43
L'entrée du vagin	12
Le méat urinaire	14
Les nymphes	10
La fourchette	7
Le fourreau du clitoris	3
L'anus	12
Les fesses	1
Les cuisses	1
La lèvre inférieure	6
La lèvre supérieure	4
Les commissures labiales	1
Les narines	2
Les deux seins	3
Le sein droit	1
Le sein gauche	5
Des régions indéterminées	5
Total.	130

Nous avons ici comme proportion 14 sur 130.

Une troisième statistique publiée dans les : *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, par A. Fournier, 2^e Edition, Paris 81, porte sur 249 cas de chancre induré.

Chancre des grandes lèvres	114
« des petites lèvres	55
« de la fourchette	38
« du col utérin	13
A reporter	220

Chancre.	220
« de la région clitoridienne . . .	10
« de l'entrée du vagin.	9
« du méat urinaire }	7
« ou de l'urètre }	
« de la commissure supérieure de la vulve	2
« du vagin proprement dit . . .	1 (?)
Total	249

Cette statistique nous donne donc 7 cas sur 249.

Notre dernière statistique est inédite et a été recueillie à l'Infirmierie de Saint-Lazare dans le service du docteur Jullien.

Elle comprend 218 cas.

Les grandes lèvres	90
Les petites lèvres.	39
La fourchette	23
La région périnéale	15
Le col	14
L'anus	12
Le clitoris	11
Le vagin	5
Le méat	3
Les cuisses	3
Les fesses	2
L'intérieur de l'urètre	1
Total.	218

Comme vous pouvez le voir, deux seulement de ces statistiques parlent du chancre intra-urétral : celle de M. Fournier, celle de M. Jullien.

Et si comme chiffre moyen nous trouvons pour le chancre du méat de la femme la faible proportion de

32 pour 1254 soit 1 pour 39, c'est-à-dire n'égalant pas le tiers de la proportion de l'homme ; pour le chancre intra-urétral proprement dit, nous ne le trouvons en somme nettement mentionné qu'une seule fois sur 1254 cas, et c'est de ce cas que nous publions l'observation sous le titre Observation V à la fin de notre étude.

Siège. — Le chancre syphilitique du méat a son siège ordinaire à la partie inférieure. Nos Observations I, II, III en font foi.

Dans la première, nous lisons qu'une tuméfaction existe à la partie inférieure de l'urètre, et que sur cette tuméfaction se trouve une ulcération affleurant le méat à gauche et s'étendant vers le fond et à droite. Notre Observation III est plus précise encore ; nous y lisons en effet : « La malade présente au niveau du méat un chancre syphilitique disposé en croissant inférieur autour de celui-ci. »

L'Observation II ne laisse pas non plus de doute à ce sujet. La tuméfaction, sur laquelle se trouve l'ulcération, occupe bien la partie inférieure droite du méat.

Ce qu'il est intéressant de savoir, c'est le motif pour lequel l'ulcération siège à la partie inférieure.

Nous croyons pouvoir avancer que le bord inférieur du méat se trouvant le plus rapproché de l'appareil génital est, par le fait même, plus exposé à la contagion venant normalement d'un homme infecté, au moment du coït.

Passons maintenant au siège du chancre intra-urétral.

Etant donnée la rareté de ce chancre, et que nous n'en avons pas trouvé de description ailleurs que dans les deux observations que nous rapportons d'autre part, force nous est de nous en tenir pour le moment à ces deux descriptions.

L'Observation IV nous dit ceci : « On constate de suite l'existence d'une tuméfaction sous-urétrale qui vient proéminer au niveau du tubercule antérieur du vagin, faisant à ce niveau une saillie qui rétrécit l'orifice vaginal. » « Les limites de cette induration sont très précises, cessant brusquement et sans transition ; elle commence au méat urinaire et se termine à deux centimètres de celui-ci. »

Et ailleurs : « L'introduction d'un spéculum urétral n'est pas possible, étant donnée l'infiltration scléreuse du méat... et on ne peut ainsi distinguer aucune ulcération urétrale. » Dans l'Observation V, on a été plus heureux en ce qui concerne l'ulcération. Malgré l'introduction impossible d'un spéculum urétral, on peut apercevoir, en entr'ouvrant le canal, « une ulcération située sur la paroi inférieure de l'urètre, et qui n'empiète que faiblement sur ses parties latérales. Elle est donc étroite et allongée dans le sens antéro-postérieur. On ne peut en distinguer la limite postérieure ; mais en avant, elle affleure presque le méat ».

Nous en concluons que le siège ordinaire du chancre intra-urétral est à la partie antérieure de l'urètre et probablement aussi à la partie inférieure.

Pathogénie. — Nous voici arrivé à la pathogénie du chancre urétral. Les auteurs anciens, pour expliquer la pénétration du virus syphilitique dans l'urètre de l'homme, avaient conçu un mécanisme assez ingénieux. Ils disaient : après l'éjaculation, il y a aspiration par le canal de l'urètre des liquides du vagin.

Cette théorie, assez séduisante, n'est plus admise aujourd'hui ; et d'ailleurs elle nous importe peu, en ce qui concerne l'urètre féminin qui, lui, ne participe pas au coït et n'a pas d'éjaculation.

Il est un fait certain : c'est que, pour qu'il y ait production d'un chancre syphilitique, il faut que le virus pénètre non seulement dans le canal, mais encore à l'intérieur des tissus de ce canal. D'où nécessité d'une érosion.

Voyons donc quelles sont les causes capables de produire cette érosion.

Citons en première ligne l'Urétrite. Notre Observation I a trait à une femme atteinte d'urétrite antérieurement à son chancre. Il faut faire ici une place à part, comme porte d'entrée de la syphilis, à l'ulcération blennorrhagique qui peut, au méat féminin comme au niveau de ses autres localisations, donner lieu à la formation d'un véritable chancre mixte blenno-syphilitique (Jullien).

En second lieu, nous avons le cathétérisme. La malade de notre Observation IV a été soumise à des cathétérismes répétés qui avaient cessé, il est vrai, un an avant l'apparition de son chancre. On peut cependant

dire que son urètre se trouvait, du fait de passages répétés de sondes, dans un état d'infériorité qui peut n'avoir pas été étranger à la production de son chancre. Ajoutons que ces cathétérismes étaient pratiqués à l'occasion d'une cystite qui s'accompagnait peut-être de lésions urétrales.

Les attouchements répétés intra-urétraux peuvent également affaiblir le degré de résistance du canal.

Nous avons admis, pour un moment, que le virus était entré dans l'urètre. Voyons maintenant comment il y peut entrer.

Et, d'abord, le fait matériel incontestable, est l'introduction du virus syphilitique dans l'urètre par un objet souillé : sonde, cathéter, corps étranger.

Notons ensuite avec Jullien : « Pour que la transmission se produise, il n'est point nécessaire qu'il y ait accollement direct et immédiat de la partie malade avec le point lésé. Le pus trouve, en effet, dans les liquides physiologiques, un véhicule qui l'étale et multiplie ainsi singulièrement ses contacts nocifs. Et c'est, le plus souvent, par cet intermédiaire que la communication s'établit entre la lésion sécrétante et la surface d'absorption. » (*Traité des maladies vénériennes*, 1879.)

Nesachant pas si le virus syphilitique, est ou non doué de mouvements, nous pouvons admettre que, dans le premier cas, une circonstance fortuite en amenant un élément à l'entrée du canal de l'urètre, rien ne l'empêche plus désormais d'aller cheminant à la recherche de l'érosion propre à sa pénétration dans l'organisme.

SYMPTOMES

I. — *Chancres du méat.*

De façon générale, la symptomatologie du chancre syphilitique, lorsqu'il est localisé au méat de l'urètre féminin, est la même qu'en tout autre point de la zone génitale.

Cette constatation nous permettra d'abréger cette partie de notre étude ; mais il était facile de concevoir *a priori* que son siège lui imprimerait certaines particularités spéciales. En effet, le contact répété de l'urine avec la surface chancreuse est capable d'en dénaturer l'aspect et l'évolution ; d'autre part, le chancre peut susciter au niveau de la région où il se développe des modifications qu'il importe de relever.

Ainsi que nous l'avons vu dans notre chapitre d'étiologie, les cas que nous rapportons dans ce travail sont relatifs à des ulcérations situées au niveau de la partie inférieure du méat, et il nous a semblé que c'en était là le siège le plus fréquent. Le chancre toutefois n'y reste pas toujours confiné, et, parti de là, se peut étendre sur les parties latérales du méat.

Dans notre Observation III, par exemple, il s'agissait d'un chancre en croissant dont la partie principale sié-

geait au niveau du segment inférieur du méat et dont les cornes s'étendaient en remontant sur ses parties latérales. La partie supérieure de la circonférence se trouvait seule respectée. Nous n'avons pas à citer d'exemple de chancre disposé circulairement par rapport au méat, ainsi que le fait n'est pas rare chez l'homme. On se trouverait alors en présence d'une surface ulcéreuse ourlant pour ainsi dire le méat et laissant saillir l'urètre en dehors de l'ulcération chancreuse.

Les déformations du méat sont un des points intéressants de cette partie de notre étude ; elles peuvent être rapportées à deux causes : tout d'abord à ce fait que, comme nous le dirons tout à l'heure, l'induration du chancre du méat est le plus souvent formée par un noyau volumineux, et ensuite aux œdèmes développés autour du chancre et qui prennent part aux modifications de la région. L'induration, en effet, ne semble pas être toujours localisée à la surface chancreuse ; elle peut envahir les parties latérales du méat, même quand le chancre siège sur son segment inférieur. Il en résulte que le méat apparaît turgescent et gonflé ; ses lèvres sont augmentées de volume dans leurs diamètres transversaux en même temps qu'elles font au-dessus des plans voisins une saillie anormale. Il peut en résulter leur accollement et une occlusion plus ou moins complète de l'orifice urétral qui, du reste, le plus souvent, ne se produit pas dans sa totalité et respecte habituellement sa partie supérieure dont les tissus non indurés s'écartent normalement lors du passage de l'urine et

assurent le libre jeu de la miction. On lit dans notre Observation III : « On voit un petit orifice persister entre la partie inférieure du méat et son bord latéral gauche. »

Dans d'autres circonstances, de l'infiltration néoplasique de la région découle un large entre-bâillement du méat dont les dimensions peuvent être augmentées dans des proportions notables. Dans notre Observation I, il était distendu jusqu'à représenter un cercle de 18 millimètres de diamètre. Il se présente alors largement ouvert, béant, et offrant à la vue une surface rouge, ulcéreuse et saignante, qui, ainsi que nous le verrons plus loin, peut se propager dans l'urètre. Cet aspect est bien représenté dans un moulage qui se trouve au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, et qui provient de la collection particulière du Prof. Fournier.

Ces déformations régionales peuvent encore se trouver accentuées du fait d'un œdème développé au voisinage du chancre et à son occasion ; d'où production d'une tuméfaction parfois considérable, puisque dans la susdite observation elle représentait une calotte hémisphérique de 15 millimètres de diamètre environ. Le bourrelet surélevé qui en résultait contribuait à recouvrir et à cacher la surface chancreuse.

Quant aux caractères objectifs du chancre du méat féminin, ils rentrent, avons-nous dit, dans la règle habituelle. Il y revêt fréquemment la forme ulcéreuse, nous dit Jullien, ce qui est à rapporter à l'action irritante qu'exerce sur lui le passage de l'urine ; de sorte

qu'au lieu de trouver, comme dans la forme érosive du chancre, une surface, de niveau ou presque, avec les parties voisines, on est en présence de lésions plus profondes et un peu déchiquetées.

Sa forme n'est pas toujours absolument régulière ; mais ici le chancre a peine à revêtir la configuration arrondie qu'il présente si fréquemment en d'autres lieux. Nous avons déjà vu qu'il peut s'étaler en croissant. Dans nos observations, ses dimensions n'étaient pas particulièrement considérables.

Les bords de l'ulcération chancreuse sont en pente douce, et la transition des parties saines aux parties les plus profondes de l'ulcération se fait d'une façon progressive, presque insensible. A la limite du chancre et des tissus avoisinants, on peut voir se dessiner une saillie mousse plus ou moins importante, de consistance assez ferme, due à l'infiltration syphilitique des tissus à ce niveau.

Le fond du chancre peut être lisse au niveau du méat féminin comme ailleurs : le fait est spécifié dans notre Observation I.

De par sa coloration, il rentre aussi dans la règle normale. On sait que le Prof. Fournier (*In. Traité de la syphilis*) décrit un chancre rouge : « d'une teinte d'un beau rouge, d'un rouge presque foncé, ou plus exactement encore, d'un rouge rappelant tout à fait la couleur du muscle fraîchement disséqué. »

Cet aspect se retrouve dans nos Observations I et III. Une autre variété est constituée par le chancre gris, co-

loration qu'il doit à un exsudat pelliculaire et pseudo-membraneux, mince et demi transparent qui tapisse le fond de la plaie et lui adhère assez intimement pour n'en pouvoir être détaché. Il en est ainsi dans l'Observation II qui a trait à un chancre de couleur gris jaunâtre.

D'autre part, le chancre syphilitique, dit Du Castel, est un ulcère sec « qui ne laisse écouler normalement qu'un peu de sécrétion transparente et ambrée qui ne devient louche, grisâtre et légèrement purulente, que si le chancre a été irrité accidentellement ».

Il est précisément mentionné dans notre Observation I, que la surface chancreuse, en présence de laquelle on se trouvait, était très peu sécrétante.

Au méat urétral chez la femme, dit le Prof. Fournier, le chancre est toujours sous-tendu par une forte induration caractéristique et des plus accentuées. Il en est de même du reste chez l'homme, où, suivant le même auteur, il n'est pas rare de voir de son fait le sommet du gland converti en un bloc scléreux, de rénitence cartilagineuse ou cancroïdienne. Ce développement de l'induration tient, sans nul doute, au contact irritant de l'urine mise en présence pluriquotidienne des tissus ulcérés. La preuve en est dans l'induration qui se trouve fréquemment aussi à la base du chancre simple de même siège. Rien de surprenant donc à ce que dans le chancre syphilitique du méat, l'induration primitive puisse se doubler d'une induration secondaire artificielle. En dépouillant nos observations, nous

voyons que dans l'une il est spécifié que le chancre présente une induration caractéristique (Obs. I) et que dans une autre, sa base est d'une dureté cartilagineuse (Obs. II).

L'induration qui, nous le savons, envahit fréquemment les parties latérales du méat, ne reste pas toujours localisée au niveau de celui-ci au sens strict du terme ; elle peut diffuser pour envahir la partie terminale de l'urètre et, devenant nodulaire, gagne souvent le tubercule antérieur du vagin qu'elle rend hypertrophique et plus saillant. C'est du reste alors que l'ulcération tend à envahir le canal. Quoi qu'il en soit, nous devons conclure que l'ulcération du chancre du méat féminin est toujours bien développée et de volume fréquemment remarquable.

Son appréciation ne fournira donc aucune difficulté, et sa recherche sera aisée. On y pourra procéder de façon variable ; soit au moyen d'un toucher uni-digital, en introduisant l'extrémité de l'index au niveau de l'entrée du vagin, et en cherchant à refouler le néoplasme chancreux par le haut vers le plan osseux symphysien ; soit en saisissant la région du méat entre le pouce et l'index de la main droite, l'attirant en avant pour l'isoler des parties saines voisines, le soulevant en quelque sorte suivant les préceptes d'exploration tracés par le Prof. Fournier, et en cherchant à le ployer dans le sens horizontal. Il sera très facile alors de bien apprécier non seulement l'existence, mais encore la consistance et les limites du noyau induré.

L'adénopathie symptomatique du chancre du méat féminin se fait au niveau des plis inguinaux. Les traités classiques d'anatomie nous enseignent que les lymphatiques de l'urètre chez la femme se rendent dans les ganglions pelviens ; mais leurs anastomoses avec les lymphatiques vulvaires expliquent leur retentissement sur les ganglions inguinaux. On trouvera donc dans ces régions une polyadénopathie en pléiade avec un gros ganglion entouré de plusieurs plus petits, durs et isolés les uns des autres. L'adénopathie nous a paru très développée dans les syphilomes primitifs du méat féminin. Dans l'Obs. I, en effet, les ganglions sont énormes dans les deux aines ; dans l'Obs. II, il est dit que l'on trouve plusieurs gros ganglions à droite et à gauche ; dans l'Obs. III, il existait de chaque côté une grosse adénite qui faisait saillie à la vue.

Le bubon chancreux est habituellement aphlegmasique et indolent. Quand il prend les caractères d'une adénite subaiguë, constituant alors un bubon inflammatoire, il mérite d'être dit anormal. Pareil état de chose est noté dans l'Obs. I, où peu de temps après l'entrée de la malade dans le service on nota une poussée inflammatoire du côté des ganglions, qui devinrent gonflés et douloureux comme s'ils allaient suppurier. Ces phénomènes, du reste, s'amendèrent rapidement. Ce fait n'a rien de surprenant, étant donnée l'irritation du chancre par l'urine, que le Prof. Fournier indique soigneusement au nombre des causes des adénites inflammatoires compagnes du chancre syphilitique. Il

remarque également que celles-ci ne sont habituellement « qu'une menace, un feu de paille qui tombe tout aussitôt » et que le bubon ne tarde pas à reprendre ses caractères usuels.

L'étude symptomatique que nous venons de faire du chancre du méat chez la femme doit être complétée par celle des troubles subjectifs et fonctionnels auxquels il est susceptible de donner lieu. Disons de suite qu'ils sont de peu d'importance, aussi ne nous y arrêtons-nous que brièvement.

Le chancre ne semble point apporter une grande gêne à la miction malgré la diminution momentanée de calibre que peut faire subir au méat le noyau d'induration. Aucun trouble urinaire n'est noté dans nos observations. Il n'y est également point fait mention de sensation douloureuse au moment du passage de l'urine ; mais il est des cas où celle-ci se produit, allant d'une simple sensation de prurit à une vive cuisson.

Nous relevons quelques remarques intéressantes dans l'évolution du chancre du méat féminin. Notons à nouveau qu'il tend à envahir l'urètre dans sa partie tout antérieure du moins. « La lésion se propage parfois à tout le segment antérieur du canal », dit Jullien, et Du Castel s'exprime de même : « le manchon d'induration se prolonge plus ou moins dans l'urètre. » Mais il est permis de se demander si, dans tous les cas, l'induration, symptôme par excellence qui, de par la constatation de ses limites, est à même de permettre en la circonstance de juger l'étendue de la lésion, reste tou-

jours bornée aux limites du chancre, et si elle ne débordé pas l'ulcération dans le sens antéro-postérieur, la laissant supposer plus étendue qu'elle ne l'est en réalité.

Nous n'avons point trouvé mention d'extension du chancre du méat à la région vestibulaire.

Les cas dont nous rapportons l'histoire ont trait à des chancres uniques. Pourtant, dans l'Observation II, il existait sur le col utérin une ulcération dont on pouvait suspecter la nature chancreuse ; mais celle-ci ne put être démontrée.

Le Prof. Fournier dit que le chancre du méat féminin « est rebelle et persistant, il ne se répare et ne se cicatrise qu'avec une lenteur insolite, irrité et entretenu qu'il est par le passage de l'urine ». Nous trouvons, dans notre Observation I, un fait confirmatif de cette opinion. La malade, en effet, étant entrée dans le service de M. Jullien, le 2 juillet 1891, avec un chancre adulte et en pleine évolution, ce n'est qu'à la date du 14 octobre qu'il fut considéré comme guéri. En tenant compte du temps nécessaire à son développement, il dura donc 4 mois environ, et la durée moyenne du chancre syphilitique y fut largement dépassée. Il est vrai que dans ce cas, un petit incident local s'était surajouté au tableau symptomatique : on y vit, en effet, des fongosités se développer au niveau de la surface chancreuse qui revêtit alors une apparence bourgeonnante anormale dont le développement parut même nécessiter l'attouchement au thermocautère. Ici encore,

le passage de l'urine nous semble la cause de cet état du chancre, anormal du reste quel qu'en soit le siège.

Les déformations que le chancre entraîne au niveau du méat peuvent persister après sa cicatrisation. Dans cette même Observation I, il resta déformé et élargi à sa partie inférieure.

II. — *Chancre intra-urétral.*

Le chancre développé dans l'intérieur du canal urétral féminin est un chancre larvé par excellence, un de ceux qui ont grande chance de passer inaperçus si on n'a point affaire à une malade qui s'observe avec un soin tout particulier, ou si le praticien ne se livre pas de parti pris à une exploration complète de tout l'appareil uro-génital de la patiente qu'il examine.

C'est qu'en effet l'urètre féminin est remarquablement plus tolérant que l'urètre masculin. Bornons-nous à rappeler à ce point de vue la rareté et le peu d'acuité des douleurs dans l'urétrite aiguë de la femme, comparée à la constance de ces symptômes dans la même affection chez l'homme. D'autre part, l'urètre de la femme n'est pas extériorisé fonctionnellement comme celui de l'homme, et elle n'a point l'occasion, pendant la miction, de l'explorer par le palper, et d'avoir sous la main en quelque sorte le processus morbide qui s'y peut développer. Enfin, les affections urétrales chez l'homme retentissent fréquemment sur le pénis (œdème, lymphangite, phimosis, paraphimosis, etc.). Rien de

pareil chez la femme : l'urètre n'y est pas contenu dans une gaine affectant avec lui d'intimes rapports anatomiques et physiologiques, et ses affections n'ont aucune tendance à retentir sur les parties voisines de son appareil génital.

Pourtant le chancre syphilitique se révèle chez la femme par un certain nombre de signes dont la constatation permet d'en poser le diagnostic. Ils sont analogues à ceux qu'on observe chez l'homme où le chancre se traduit par trois symptômes primordiaux : une légère douleur à la miction, un écoulement par le méat, une induration significative au palper du canal.

Chez la femme le symptôme douleur fait également partie du cortège symptomatique du chancre de l'urètre. Dans les deux observations que nous relatons plus loin, il se trouve noté ; aussi croyons-nous pouvoir lui attribuer le rôle d'un signe indicateur, d'un appel à l'exploration du canal et à la constatation des autres signes révélateurs du chancre. Dans l'Observation IV la douleur atteignit en quelques jours une vive acuité ; il y eut même des phénomènes de ténesme vésical caractérisé par des mictions fréquentes et impérieuses ; en même temps se manifesta du prurit vulvaire. Mais il s'agit d'une femme dont l'appareil uréthro-vésical avait été, peu de temps auparavant, le siège d'une affection inflammatoire (cystite). Aussi croyons-nous que l'intensité des phénomènes douloureux fut, dans ce cas, le fait de l'état pathologique antérieur des voies urinaires plutôt que du chancre en lui-même. Celui-ci ne fit

probablement que mettre en mouvement et réveiller la susceptibilité spéciale des tissus sur lesquels il évoluait. Ce qui nous paraît justifier cette opinion, c'est le peu de symptômes douloureux relevés dans l'Observation V, où la malade n'accusait que quelques sensations prurigineuses au moment de la miction ; ce qui cadre bien avec ce que nous avons dit de la tolérance de l'urètre féminin.

L'attention étant attirée du côté de l'urètre, on y pourra constater d'autres phénomènes fonctionnels, des troubles apportés à l'urination par la présence du chancre. Dans un de nos cas, les mictions étaient difficiles : la malade disait elle-même que l'urine avait peine à sortir et qu'elle était obligée de faire des efforts pour l'expulser.

L'écoulement symptomatique du chancre développé dans l'urètre doit maintenant retenir notre attention. Ce symptôme est bien loin d'avoir chez la femme l'importance qu'il a chez l'homme. Il est chez celui-ci le premier symptôme qui attire son attention et qui l'inquiète ; se croyant atteint d'une blennorrhagie, c'est pour cette affection qu'il va trouver son médecin. Chez la femme, il n'en saurait être de même. Si l'écoulement symptomatique du chancre urétral chez l'homme est peu abondant, il l'est encore beaucoup moins chez la femme, dont l'urètre est bien moins productif que celui de l'homme, ne serait-ce que par suite de sa brièveté comparée à l'étendue bien plus grande du canal chez ce dernier. D'ailleurs, s'il est en quantité suffi-

sante pour s'échapper du méat, il se répand sur le vestibule et les nymphes. Nullement en rapport avec l'étendue des surfaces avec lesquelles il est en contact, surfaces normalement humides déjà par elles-mêmes, il n'y est l'occasion d'aucune sensation spéciale. Il se mêle aux flux vaginaux, il est incapable d'augmenter leur écoulement. Aussi passe-t-il forcément inaperçu de la patiente, et il n'est pas, croyons-nous, d'exemple d'une femme ayant un chancre de l'urètre qui soit venue se plaindre de l'écoulement qu'il provoque et attirer sur lui l'attention du médecin. Néanmoins cet écoulement existe, et quand on entr'ouvre les lèvres d'un méat dont l'urètre recèle un chancre, on y voit perler une goutte de liquide pyoïde. Si l'on exprime le canal par le vagin, on en fait sourdre une quantité notablement plus abondante. Mais encore une fois, chez la femme, ce symptôme demande à être recherché, et n'a pour elle aucune valeur révélatrice en ce qui concerne le chancre.

La recherche et la constatation de l'induration sont autrement importantes. Nous rappellerons que le chancre intra-urétral siège habituellement chez la femme au niveau de la partie tout antérieure du canal. Ici comme au méat, l'induration est très développée, nodulaire et volumineuse. Pour la rechercher, il est bon de se rappeler que comme dans l'urètre masculin, le chancre est placé suivant un plan antéro-postérieur. Aussi est-ce dans ce sens qu'il faut, pour la trouver aisément, pratiquer le palper de l'urètre. Introduisant un

doigt de la main gauche dans le vagin au contact de la région sous-urétrale, pour fixer le canal, on appuiera sur le méat d'avant en arrière avec l'index de la main droite. On se rendra compte que le méat participe habituellement à l'infiltration scléreuse, que ses lèvres sont comprises dans l'induration et que sa partie inférieure et les tissus sous-jacents prennent particulièrement part à ce processus. Enfin, on déterminera nettement la limite postérieure de l'induration, et l'on verra qu'elle se termine brusquement, sans démarcation aucune avec le tissu urétral sain. Par ce procédé, il serait difficile d'apprécier le degré d'étendue circonferentielle de l'induration, de noter son développement du côté des parois supérieure et inférieure de l'urètre. On y parviendra à l'aide d'un double toucher vagino-vestibulaire pratiqué comme il suit. L'index droit étant introduit dans le vagin, on porte l'index gauche dans le vestibule, au-dessus du méat. De cette façon, toute l'extrémité antérieure du canal se trouve comprise entre les deux doigts explorateurs qui apprécient l'état de toute sa circonférence. C'est par ce procédé que, dans notre Observation IV, on pouvait se rendre compte que l'on avait affaire à un véritable cylindre induré péri-urétral, formant un manchon complet tout autour du canal. Dans notre observation V, l'induration était limitée au segment inférieur du canal et à la partie adjacente des faces latérales.

Si pendant qu'on pratique cette exploration de l'urètre on appuie à plusieurs reprises sur le nodus induré, le

pus urétral sort du méat, légèrement teinté de rouge par du sang que cette manœuvre fait sourdre à la surface du chancre.

A l'inspection, le méat traduit sa participation à l'induration par la rigidité et l'épaississement de ses lèvres. Le tubercule antérieur du vagin ou tubercule sous-urétral devient saillant, hypertrophique, et se présente proéminent à l'ouverture des formations labiales. Ce signe, noté dans nos deux observations, nous semble mériter une mention spéciale, et sans l'élever au rang de signe indicateur du chancre intra-urétral, nous croyons qu'il sera d'une bonne utilité pour son diagnostic.

Après avoir noté l'aspect du méat, on l'entr'ouvrira, cherchant à apercevoir l'ulcération du canal. Celle-ci peut être plus ou moins visible suivant les circonstances. Si l'induration est cylindrique, le méat ne s'entrebâille que faiblement, et l'exploration visuelle de l'urètre en est très difficile. L'Obs. IV nous en donne un exemple. C'est à peine si l'on pouvait y distinguer la partie tout initiale du chancre qui était probablement circulaire. Dans l'Obs. V, au contraire, l'induration qui respectait la partie supérieure du méat permettait de l'entr'ouvrir suffisamment pour apercevoir une grande partie d'une ulcération située sur la paroi inférieure de l'urètre. Commencant immédiatement derrière le méat, elle revêtait l'aspect et les caractères habituels du chancre syphilitique.

Cette exploration serait facilitée par l'introduction

d'un spéculum urétral. La douleur que provoque cette manœuvre et les traumatismes qu'elle peut occasionner au niveau du chancre n'en justifient pas l'emploi.

L'adénopathie inguinale existe au cas de chancre intra-urétral : elle n'a rien de spécial et ne nous retiendra pas.

Son évolution est lente et sa réparation tardive ; ce qu'il faut encore attribuer au passage de l'urine.

Le noyau d'induration persiste longtemps.

Le chancre né dans l'intérieur de l'urètre n'y reste pas toujours localisé ; il peut se propager au méat que l'ulcération chancreuse envahit dans une plus ou moins grande partie de son étendue. C'est ainsi que dans l'Obs. V nous voyons cette extension se faire.

Elle fut très limitée il est vrai ; car elle se borna à une mince languette érosive située au niveau de la partie latérale gauche du bourrelet formé par la partie inférieure du méat. Dans d'autres cas, elle en envahit toute la circonférence qui se trouve bordée d'une lésion ulcéreuse d'un rouge caractéristique.

DIAGNOSTIC

I. — *Chancre du Méat.*

Nous serons bref sur le diagnostic positif du chancre syphilitique du méat chez la femme. Il est basé sur l'ensemble symptomatique habituel (Ulcération peu profonde, régulière, à bords non taillés à pic, sous-tendue par une induration et accompagnée d'un bubon satellite), ainsi que sur l'apparition des symptômes secondaires.

Son diagnostic différentiel est à faire avec toute une série de lésions que nous allons passer en revue.

Le chancre simple peut être confondu avec lui en raison du plus ou moins d'induration qu'amène presque toujours l'irritation causée par l'urine. Mais, dit Du Castel, en cette région le chancre mou creuse volontiers en profondeur, premier caractère qui le différencie du chancre syphilitique. Si sa forme peut être circulaire, ses bords sont presque toujours nettement entaillés, découpés, faisant arête, quelquefois droits et perpendiculaires aux téguments ; ils sont de plus décollés. Son fond présente un aspect irrégulier et comme vermoulu. Il est recouvert par une fausse membrane grisâtre, pultacée, d'aspect couenneux, sorte

de détritüs ou de bouillie organique qui persiste pendant toute la durée de la période d'état. Quand sa base acquiert une induration artificielle, comme le fait se produit au méat, cette dureté n'est point à proprement parler l'induration ; et, entre la consistance chondroïde du syphilome et l'empâtement résistant qu'offre parfois le chancre simple, un doigt exercé saura constater une différence. L'application de caustiques intempestifs peut parfois produire une induration capable de donner le change. Le fond du chancre simple est suppurant, celui du chancre syphilitique est sec et improductif. Lorsque le chancre syphilitique n'est pas unique, il est toujours en nombre discret ; tandis que c'est une rareté particulièrement chez la femme de ne rencontrer qu'un seul chancre simple. On en trouvera donc toujours sur les grandes et les petites lèvres, la fourchette, etc. ; et se rappelant que le chancre simple de l'anüs est chez la femme le compagnon fréquent de celui de la vulve, on cherchera aussi de ce côté des ulcères chancrelleux dont l'aspect sera typique quand bien même celui du méat serait dénaturé. Enfin la constatation d'une mono-adénite inflammatoire et douloureuse dans la région inguinale viendra encore à l'appui du diagnostic.

L'herpès isolé du méat chez la femme est exceptionnel ; il n'est même pas fréquent d'en observer au cours des grandes poussées d'herpès vulvaire. Les érosions herpétiques seront reconnaissables à leur superficialité, à leur multiplicité habituelle, à leurs contours micro-

polycycliques ; à la pression, elles laissent sourdre de fines gouttelettes de sérosité claire (signe de l'expression du suc). Mais il ne faut point perdre de vue la coïncidence possible de l'herpès et du chancre syphilitique.

Des syphilides érosives localisées au méat pourraient également donner le change. Ces lésions dans leur forme la plus caractéristique consistent en petites érosions ovalaires, à fond plat et cupuliforme, parfois simplement dépoli. Les bords bien dessinés encadrent la petite dépression centrale d'un liseré plus ou moins saillant. Mais ces lésions ne seront pas indurées, et les antécédents du malade permettront de reconstituer l'histoire d'une syphilis antécédente.

Le syphilome tertiaire ulcéreux du méat peut prêter à confusion avec l'accident primitif. Suivant le Prof. Fournier l'urètre de la femme est, plus souvent que celui de l'homme, le siège de lésions tertiaires, qui peuvent être chancriformes et simuler l'accident primitif ; celles-ci pourtant y sont rares. Il s'agit le plus souvent de lésions par propagation de voisinage, et le méat élargi et en entonnoir sort d'une suffusion néoplasique périphérique considérable. Elles peuvent aussi y avoir leur siège primitif. L'ulcération du méat est alors supportée par des tissus d'une dureté remarquable, toujours bien accentuée, à la façon du chancre pour le moins. L'état du méat y est variable. Tantôt, en raison de l'infiltration exubérante des tissus, il est occlus par compression périphérique ; tantôt, détruit par le pro-

cessus ulcéreux, il est largement ouvert en forme d'entonnoir. La lésion se prolonge dans l'urètre qui est rouge et saignant. Ces lésions urétrales tertiaires sont l'occasion de douleurs plus ou moins vives à la miction ; mais pas toujours aussi intenses qu'on le croirait *a priori*. On les distinguera du chancre syphilitique de même siège, en se basant sur la diffusion habituelle des lésions, sur une circonscription moins nette de l'induration. On ne trouve pas dans les aines l'adénopathie satellite du chancre, la malade accusera des antécédents de syphilis. En cas de doute, le diagnostic sera fait par l'apparition des accidents secondaires.

L'épithélioma du méat est parfois très difficile à distinguer du chancre : « Il faut vraiment avoir vu plusieurs spécimens du genre, dit le Prof. Fournier, pour ne pas se laisser donner le change, et ne pas être tenté de rapporter une telle lésion à une production maligne, à un épithélioma. » D'autre part, le pourtour du méat est l'un des points d'élection pour le développement du cancer de l'urètre chez la femme. En présence d'une lésion ulcérée et indurée du méat survenue chez une femme âgée, l'hésitation peut donc être très grande entre un chancre syphilitique et un épithéliome au début. On se rappellera que dans les premières phases de leur évolution, les ulcérations cancéreuses ne sont pas encore accompagnées d'engorgement ganglionnaire. Leur surface est plus grossièrement granuleuse que celle du chancre, elle a tendance au bourgeonnement, à la végétation.

Elle saigne plus facilement, est plus suppurante que le chancre. A la périphérie, on trouvera parfois un rebord élevé, en forme d'ourlet qui est un des signes les plus constants de la néoplasie épithéliale. L'induration cancéreuse est plus étendue mais moins dure et moins résistante que l'induration chancreuse. Après quelques semaines d'existence, le chancre syphilitique tend vers la cicatrisation, pareil processus ne se manifeste pas au niveau de l'ulcère cancéreux. En cas de besoin, l'examen histologique servira de critérium.

L'ulcération blennorrhagique, cet état de desquamation inflammatoire du méat qui accompagne certaines urétrites, et qu'on observe chez la femme comme chez l'homme « peut-être confondue avec le chancre syphilitique du méat à son début alors qu'il est simplement excoriatif ; l'erreur inverse est également possible, et même plus fréquente. Le diagnostic différentiel réside ici dans les considérations suivantes : 1° Chancre plus étendu et mieux défini comme lésion que l'ulcération blennorrhagique ; 2° Induration plus accentuée avec le chancre, plus sèche, moins inflammatoire qu'avec l'érosion blennorrhagique ; 3° avec le chancre sécrétion bien moindre et sécrétion très différente de l'écoulement blennorrhagique comme aspect et comme couleur ; 4° avec le chancre bubon satellite. — Fournier ». Mais il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir combinaison des deux processus, chancre mixte blenno-syphilitique suivant l'expression de M. Jullien (Note sur l'ulcération blennorrhagique ; Congrès de Londres 1896), le pro-

cessus ulcéreux dépendance d'une blennorrhagie urétrale servant alors de porte d'entrée au chancre qui vient se greffer sur lui et se développer *in loco* à sa faveur.

II. — Chancre intra-urétral.

Le diagnostic positif du chancre intra-urétral chez la femme est basé sur la triade symptomatique fondamentale étudiée plus haut : douleur à la miction, écoulement urétral et induration limitée. Ce dernier signe acquiert une valeur toute particulière si l'interrogatoire de la malade permet d'apprendre qu'elle s'est développée depuis peu de temps ; mais il est bien rare qu'elle s'en soit rendu compte.

Son diagnostic différentiel est à faire tout d'abord avec la blennorrhagie urétrale ; mais un examen attentif permettra presque assurément d'en éviter la confusion. Il ne faut pas compter sur l'intensité de la douleur pour faire ce diagnostic ; car l'urétrite, même quand elle est aiguë, donne lieu, chez la femme, à peu de troubles subjectifs. Les caractères macroscopiques du pus sont d'un grand secours pour y arriver : l'écoulement est tout d'abord bien plus abondant s'il est symptomatique d'une urétrite que s'il est provoqué par un chancre. Dans l'urétrite aiguë, le pus est jaune verdâtre, dans l'urétrite chronique, il est crémeux et laiteux. Le faible suintement que détermine le chancre est sanio-séreux, roussâtre et devient sanguinolent lors de l'expression de l'urètre. L'absence de l'induration a

une grande importance pour le diagnostic ; mais chez la femme comme chez l'homme certaines blennorrhagies urétrales violentes peuvent s'accompagner d'une induration péri-urétrale inflammatoire qu'on devra distinguer de l'induration syphilitique. Cette dernière est toujours beaucoup plus prononcée, et de plus ses limites avec les tissus voisins sont plus brusquement tranchées. Le néoplasme chancreux se distingue nettement de la consistance des tissus voisins normaux ou peu s'en faut, tandis que leur épaissement, quand il est causé par la blennorrhagie, se termine par une zone d'œdème inflammatoire à laquelle succède d'une façon insensible et sans limites bien tranchées la résistance des tissus normaux. Enfin, l'examen microscopique de l'exsudat urétral permettra d'y constater, lorsqu'il est symptomatique du chancre, l'absence de gonocoques. Ici encore il faudra se méfier de la coexistence possible des deux affections.

La localisation intra-urétrale du chancre simple chez la femme est tout particulièrement rare ; sa sécrétion serait plus purulente que celle du chancre syphilitique, il ne s'accompagnerait pas d'induration. De plus, il n'existerait pas isolément, et l'on en trouverait d'autres au méat et dans les divers districts vulvaires.

La syphilomatose tertiaire de l'urètre constitue des lésions indurées massives qui, nous le savons, sont habituellement secondaires à d'autres lésions vulvaires identiques. Leur diffusion les empêchera d'être confondues avec le noyau induré bien localisé du chancre.

Une gomme isolée de l'urètre rendrait le diagnostic beaucoup plus embarrassant ; mais nous n'en avons pas trouvé mention faite chez la femme.

Une ulcération tuberculeuse urétrale serait très probablement secondaire à une tuberculisation antécédente des voies urinaires supérieures (rein et vessie) dont on retrouverait les symptômes.

Une folliculite urétrale abcédée développée au niveau d'une des nombreuses glandules qui tapissent l'urètre féminin, surtout à sa partie antérieure, pourrait faire saillie au niveau du tubercule antérieur du vagin ou un peu en arrière de celui-ci. Ces collections péri-urétrales peuvent être très indurées ; mais elles sont douloureuses à la pression, bien plus que le néoplasme chancreux. Il est parfois possible d'y reconnaître un point ramolli au milieu du nodus induré. On trouve une urétrite concomittante. L'évolution rapide vers la résolution, ou l'ouverture et l'issue de pus à l'extérieur ou dans l'urètre, accompagnée de l'affaissement de la tumeur, ne tarderont pas à fixer le diagnostic.

Quant aux kystes et aux fibromes de la paroi urétro-vaginale, le symptôme tumeur indurée est le seul auquel ils donnent naissance, et ils ne méritent pas de nous arrêter.

COMPLICATIONS

Les complications sont rares dans le chancre syphilitique de l'urètre féminin. Il n'y est pas fait mention de tendance particulière au phagédénisme. Pourtant il peut persister à sa suite des délabrements plus ou moins étendus du méat. Si le rétrécissement de l'urètre consécutif au chancre de cet organe n'est pas très rare chez l'homme, il en est tout autrement chez la femme. Scanzoni a pourtant relaté un cas de sténose urétrale post-chancreuse chez une femme. Il s'agissait d'un rétrécissement qui siégeait à cinq lignes au-dessus du méat et qui laissait passer une bougie de la grosseur d'une plume de coq. La malade avait eu un chancre syphilitique urétral plusieurs mois auparavant.

Nous n'avons point trouvé signalés chez la femme, à l'encontre de ce qui se passe chez l'homme, des cas de fistules de l'urètre consécutives au chancre de cet organe.

PRONOSTIC

Nous l'envisagerons au point de vue de la maladie constitutionnelle et ensuite en tant que lésion locale.

Hunter disait que, chez la femme, le chancre était toujours une lésion simple. (Voir *Traité de la maladie vénérienne*).

Ricord, qui n'était pas tout à fait de son avis, a mis sur ce sujet une note dans la traduction de Richelot. La voici : « Je ferai remarquer que le chancre est loin d'être chez la femme toujours aussi simple que semblait le croire Hunter, et qu'il n'est pas rare, au contraire, de le voir compliqué de tous les accidents qui peuvent survenir chez l'homme, qu'il ait pour siège la vulve, l'urètre, le vagin ou l'utérus. »

Rappelons-nous que, pour Hunter, il n'y avait qu'une espèce de chancre ; et alors nous n'aurons plus lieu de nous étonner de le voir émettre cette opinion.

Donc, le chancre syphilitique de l'urètre chez la femme est aussi grave, en tant que syphilis, que le chancre syphilitique de n'importe quelle autre région soit de la femme, soit de l'homme.

Quant au pronostic local, étant donnée la laxité plus grande de l'urètre féminin, qui se laisse assez facilement

distendre jusqu'à permettre « en quelques heures l'introduction du petit doigt » ; que, d'autre part, ce chancre est d'ordinaire peu douloureux, si peu douloureux qu'il passe souvent inaperçu ; qu'en un mot, il est le chancre « larvé » par excellence ; nous dirons que le pronostic local est généralement bénin. Mais, d'autre part, nous nous rappellerons que le passage fréquent de l'urine sur l'ulcération est une cause d'irritation qui peut, dans quelques cas, retarder longtemps la cicatrisation.

TRAITEMENT

De façon générale, la thérapeutique n'a pas à intervenir très activement sur le chancre syphilitique. Lorsqu'il siège au méat féminin, il nécessite des soins minutieux de propreté, souillé qu'il est par l'urine. On prescrira de plus l'application d'un topique gras, d'onguent mercuriel par exemple, qui exerce fréquemment une influence heureuse sur la rapidité de cicatrisation du chancre syphilitique.

Contre le chancre intra-urétral, on pourra prescrire des suppositoires, ou introduire, si l'état du méat le permet, une fine mèche de gaze recouverte d'onguent mercuriel dans le segment inférieur de l'urètre.

OBSERVATIONS

I. — *Chancres du méat*

OBSERVATION I

(*Inédite.* — Communiquée par M. le D^r Jullien.)

L... M..., 22 ans. Entrée à l'Infirmierie de Saint-Lazare, salle n° 14, service du D^r Jullien, le 22 juillet 1891.

La malade a fait un premier séjour dans le service de juillet à septembre 1890. Elle était alors atteinte de gale et d'urétrite gonococcique, et présentait une ulcération douloureuse au niveau de la fourchette.

A cette date il n'a été noté aucun symptôme de syphilis.

Elle entre actuellement dans le service pour une ulcération considérable du méat, accompagnée de ganglions énormes dans les deux aines.

Du 3 au 6 juillet. — Poussée inflammatoire du côté des ganglions qui sont gonflés et douloureux comme s'ils allaient suppurer. Cet état de choses s'améliore rapidement.

7 juillet. — Le méat, dans tout son pourtour, paraît intact ; mais il est distendu jusqu'à représenter un cercle de 18 millimètres de diamètre. La cause de cette distension est la tuméfaction qui a pour siège la muqueuse de la partie inférieure de l'urètre.

Cette tuméfaction peut être évaluée à une calotte hémisphérique de 15 millimètres de diamètre environ.

On constate alors une ulcération qui affleure le méat à gauche, et en est distante d'un demi-centimètre à droite. Sa surface est à peu près lisse, d'un rouge ecchymotique, à peine ulcérée, et très peu sécrétante; elle présente une dureté caractéristique. Aucune sensation douloureuse sauf quelques picotements au moment de la miction. L'urine s'écoule par la partie supérieure, ainsi qu'on peut le constater par la sonde.

Devant ces caractères, on porte le diagnostic de chancre syphilitique du méat.

Au sommet du poumon droit, en avant, on constate, à l'auscultation, les signes d'une petite caverne tuberculeuse.

1^{er} août. — Les ganglions ont très notablement diminué. Le chancre a maintenant l'apparence d'une excroissance fongueuse située sur la partie inférieure du méat.

10 août. — Le chancre continue à diminuer considérablement.

26 août. — Amélioration considérable. La saillie du chancre mesure actuellement 6 millimètres de diamètre.

Pas de suppuration. L'amygdale droite est le siège de petites taches laiteuses qui ressemblent beaucoup à des accidents secondaires de syphilis. Pas de ganglions dans la région.

29 août. — On veut toucher les fongosités développées au niveau du chancre au thermocautère, mais la malade s'y refuse.

Elle présente aujourd'hui sur son amygdale droite les plaques muqueuses les plus indiscutables.

2 septembre. — L'ulcération va beaucoup mieux ; il n'y a plus actuellement que de petits bourgeons en voie de cicatrisation.

5 septembre. — Il n'y a pas encore d'éruption cutanée ; mais on constate des deux côtés du cou un début de syphilitide pigmentaire.

3 octobre. — Roséole généralisée, appréciable surtout au niveau des flancs. Cette éruption liée au chancre du méat est survenue 90 jours au moins après le début du chancre.

La malade prend des pilules de sublimé depuis son entrée dans le service.

7 octobre. — L'éruption continue à évoluer.

10 octobre. — La roséole a considérablement diminué.

14 octobre. — Le chancre a complètement disparu ; mais il a laissé comme trace un méat déformé et élargi à sa partie inférieure.

L'état général s'est considérablement amélioré : la malade qui, à son entrée dans le service, pesait 47 kilog. 100, pèse actuellement 54 kilog. 500.

La malade quitte le service.

OBSERVATION II

(*Inédite.*— Communiquée par M. le Dr Jullien.)

S... J..., entre à l'Infirmierie de Saint-Lazare, salle n° 13, service du Dr Jullien, le 31 août 1894.

La malade présente de la vaginite, une endométrite avec

ulcération du col, des végétations ano-vulvaires, est atteinte de gale.

On traite les végétations par des attouchements à l'acide phénique, et la blennorrhagie vagino-utérine par des tampons d'ichthyol.

24 septembre. — On remarque que le méat présente un aspect spécial rappelant celui du chancre syphilitique. Les bords en sont tuméfiés et durs, en même temps qu'ils sont couverts d'une érosion de teinte gris-jaunâtre semblable à celle du syphilome primitif. L'induration des tissus sous-jacents et leur infiltration rend l'occlusion du méat difficile, et l'on voit un petit orifice persister entre la saillie de la paroi inférieure du méat et son bord latéral gauche. Dans les aines on trouve de gros ganglions à droite et à gauche.

Sur la lèvre supérieure du col utérin, tout à fait à gauche, on aperçoit une tache blanche de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, d'une teinte argentée brillante, et se distinguant très bien de la teinte rouge érosive des tissus avoisinants.

Peut-être s'agit-il là également d'un chancre induré; mais bien que le col soit attiré à la vulve, il est très difficile d'en constater l'induration.

Cette fille a été arrêtée le 17 août. En admettant que le chancre date de 5 ou 6 jours, nous arrivons à l'hypothèse d'une incubation de 23 à 30 jours.

Les accidents secondaires doivent être attendus vers la fin d'octobre, du 20 au 30 si les calculs sont exacts.

Les recherches les plus complètes exécutées sur les téguments ne font découvrir que des taches de gale.

De même, il n'y a rien dans la gorge.

Depuis l'entrée de la malade dans le service, céphalalgie qui n'existait pas auparavant.

Pansement du chancre à l'onguent mercuriel.

Il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

26 septembre. — Injection de 5 centigrammes de calomel.

5 octobre. — Amélioration du chancre du méat qui tend à la cicatrisation.

16 octobre. — Il semble que la roséole commence à apparaître sur les flancs.

23 octobre. — Injection de 5 centigrammes de calomel.

29 octobre. — Rien de plus accentué en ce qui concerne l'exanthème.

2 novembre. — L'amygdale gauche est grosse et présente une teinte opaline.

19 novembre. — Aucune éruption cutanée.

26 novembre. — Injection de 5 centigrammes de calomel.

3 décembre. — Gros groupe d'herpès progénital sur la cuisse gauche.

6 décembre. — Toujours pas d'éruption. Les amygdales sont saines actuellement.

21 décembre. — Marbrures indécises et de diagnostic douteux au-dessus de l'ombilic.

Aspect opalin de l'amygdale gauché.

Au milieu du cou, à droite, on note quelques petites élevures acnéiformes, d'un rouge cuivré.

31 décembre. — Les papules du cou se sont accentuées.

11 janvier 1895. — Il existe sur la poitrine quelques papules spécifiques, finement squameuses.

Injection de 5 centigrammes de calomel.

4 février. — Exeat.

OBSERVATION III

(*Inédite. Communiquée par M. le Dr Jullien.*)

R... È..., 21 ans. Entre à l'Infirmierie de Saint-Lazare, salle n° 14, service du Dr Jullien, le 13 mars 1897.

La malade présente au niveau du méat un chancre syphilitique disposé en croissant inférieur autour de celui-ci.

Il est constitué par une ulcération peu profonde, d'une teinte chair musculaire caractéristique, et dont la base est d'une dureté cartilagineuse.

La malade fait remonter le début du chancre à 15 jours. Elle aurait été voir un médecin qui avait cru à une végétation et avait appliqué un caustique.

Dans les aines, de chaque côté, elle présente une grosse adénite qui fait saillie à la vue. Pas de céphalée, pas de douleurs ostéocopes, et il n'y a pas encore d'éruption cutanée. Les cheveux ne tombent pas, la rate est légèrement hypertrophiée. Il n'y a pas encore d'adénite généralisée. Aucun trouble des réflexes ni de la sensibilité générale.

Injection de 5 centigrammes de calomel le jour de l'entrée de la malade.

17 mars. — La roséole commence à paraître. Les taches sont petites, de coloration peu foncée ; mais déjà nettement appréciables.

24 mars. — Le chancre tend à se cicatriser. L'induration persiste. La roséole est maintenant bien développée.

2 avril. — Les amygdales sont le siège de plaques muqueuses opalines bien évidentes. Les ganglions cervicaux sont augmentés de volume.

9 avril. — Au niveau de la nuque sont apparues de grosses syphilides papuleuses, de teinte cuivrée.

15 avril. — Le chancre du méat est complètement cicatrisé, mais laisse persister à sa place une rougeur. Les plaques amygdaliennes sont en voie de guérison. Il y a encore de la roséole sur l'abdomen et dans le dos.

Syphilides maculo-érythémateuses au niveau des régions palmaires.

20 avril. — Injection de 5 centigrammes de calomel.

7 mai. — Plaque muqueuse au niveau de la commissure buccale gauche.

10 mai. — Injection de 5 centigrammes de calomel.

21 mai. — Les amygdales offrent des anfractuosités au fond desquelles on trouve des fausses membranes très adhérentes.

17 juin. — Injection de 10 centigrammes de calomel.

II. — *Chancre intra-urétral.*

OBSERVATION IV

(Publiée par M. Druelle. *In Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, juillet 1901.)

X..., 32 ans, se présente le 18 mars 1901, à l'Hôpital

Saint-Louis, consultation de M. Du Castel, se plaignant de démangeaisons vulvaires et de douleurs en urinant.

La malade, qui est d'une bonne santé habituelle, a subi une hystérectomie vaginale pour fibromes il y a sept ans. Depuis, elle a présenté des troubles de la miction pour lesquels elle a été soignée comme étant atteinte de cystite. On lui aurait fait alors des lavages vésicaux, mais, la malade est formelle sur ce point, depuis plus d'une année, elle n'a subi aucun cathétérisme urétral.

Les accidents actuels remontent à trois semaines environ. A cette date sont apparues des douleurs en urinant qui, en quelques jours, ont atteint une assez grande acuité. Il semble qu'il y ait eu alors des phénomènes de ténésme vésical : les mictions étaient fréquentes et impérieuses.

De plus, elles étaient difficiles : la malade nous dit que « l'urine ne pouvait pas sortir » et qu'elle était obligée de faire des efforts pour l'expulser. Le passage de l'urine dans l'urètre provoquait une vive sensation de cuisson. En même temps, se sont montrés des phénomènes de prurit vulvaire.

La malade vient à Saint-Louis, conduite par son mari qui y est soigné depuis deux mois comme syphilitique, et sur lequel ont été constatés, à la suite du chancre qui remonte à cette date, des accidents cutanés et muqueux. Il avoue du reste ne point avoir cessé ses rapports avec sa femme depuis le début de sa syphilis qu'il reconnaît avoir contractée extra-conjugalement.

Etat actuel. — A l'examen de la vulve, on ne note aucun écoulement, ni vaginal, ni urétral. Il n'y a pas d'intertrigo péri-vulvaire.

Mais on constate de suite l'existence d'une tuméfaction sous-urétrale qui vient proéminer au niveau du tubercule antérieur du vagin, faisant à ce niveau une saillie qui rétrécit l'orifice vaginal. Son aspect est un peu celui d'un urétrocèle, et si l'on fait tousser la malade, une légère impulsion est imprimée à cette tumeur.

En portant le doigt sur sa saillie, on la sent d'une dureté ligneuse et chondroïde : on a cette sensation d'une façon particulièrement nette si l'on exerce sur elle une pression dans le sens antéro-postérieur.

L'index étant introduit dans le vagin perçoit sur la ligne médiane, au niveau de la colonne antérieure, une grosse masse indurée. Si l'on place alors un autre doigt sur le vestibule, et si l'on prend ainsi cette masse néoplasique entre le doigt vestibulaire et le doigt vaginal, on voit qu'il s'agit là d'un cylindre induré péri-urétral, dont le développement s'est surtout fait du côté de la paroi inférieure de l'urètre. Cette exploration cause peu de douleur. Les limites de cette induration sont très précises, cessant brusquement et sans transition ; elle commence au méat urinaire et se termine à deux centimètres de celui-ci.

A son niveau, il n'y a aucune modification, aucune coloration anormale, en particulier de la muqueuse vulvo-vaginale.

La muqueuse du méat est également normale : en aucun point, il ne s'y montre d'ulcération. Mais ses lèvres sont volumineuses, augmentées de dimensions dans leurs diamètres transversaux : elles sont épaissies, accolées l'une à l'autre, et participent à l'induration de la région.

dans le vagin et l'index gauche étant placé sur le vestibule vulvaire au-dessus du méat urétral. La partie inférieure des deux lèvres du méat est infiltrée et comprise dans l'induration qui s'étend sur les parties latérales du segment antérieur de l'urètre respectant la paroi supérieure de l'urètre. Aussi le méat est-il encore naturellement entr'ouvert ; mais seulement à sa partie supérieure.

L'expression de l'urètre par le vagin ne ramène qu'une faible quantité de liquide pyoïde ; mais si, en retirant le doigt, on appuie fortement sur le noyau induré urétral, il se mêle au liquide un peu de sérosité sanguinolente.

Il n'y a de trace d'ulcération en aucun point du méat : sa muqueuse partout normale est à peine un peu plus rouge que de coutume. L'introduction d'un spéculum urétral est impossible ; mais en entr'ouvrant le méat, on distingue sur la paroi inférieure de l'urètre une ulcération qui n'empiète que faiblement sur ses parties latérales. Elle est donc étroite et allongée dans le sens antéro-postérieur. On ne peut en distinguer la limite postérieure ; mais en avant, elle affleure presque le méat. Sa surface est rouge-foncé, lisse, peu suintante, et ce que l'on voit de ses bords n'est ni déchiqueté ni irrégulier.

Pas de douleurs spontanées. La malade souffre peu en urinant ; certaines mictions même sont, dit-elle, tout à fait indolores.

Dans l'aîne gauche, on trouve un ganglion, gros comme une noisette, dur ; mais un peu douloureux à la palpation. Il est entouré de plusieurs autres plus petits. Dans l'aîne droite, deux ganglions augmentés de volume et indurés.

L'examen du reste de l'appareil génital ne fournit à noter qu'une légère vaginite des culs-de-sac.

Col utérin et anus = 0.

Rien sur les téguments, rien dans la bouche.

Pas d'albumine dans l'urine.

30 août. — L'examen microscopique de la sécrétion urétrale n'y révèle pas la présence du gonocoque.

On porte le diagnostic probable de chancre syphilitique de l'urètre; mais on attend, pour prescrire le traitement, l'apparition des accidents secondaires.

15 septembre. — L'induration est augmentée de volume; mais elle reste toujours circonscrite à l'extrémité antérieure de l'urètre. Les souffrances pendant la miction ont un peu augmenté. Le méat continue à ne pas être ulcéré; on l'entr'ouvre plus difficilement. Il persiste un faible écoulement urétral.

Les ganglions inguinaux augmentent de volume. A gauche particulièrement, on sent, vers la partie interne de l'aîne, trois ganglions très gros, durs, et indolents à la pression.

24 septembre. — L'induration n'a pas changé de volume. On introduit un peu d'onguent gris dans l'urètre comme pansement du chancre.

Pas encore d'accident secondaire.

28 septembre. — Début de la roséole par des macules situées au niveau de la poitrine et des flancs.

1^{er} octobre. — Injection de 0,05 centigrammes de calomel.

4 octobre. — La roséole s'accroît. Elle est maintenant

dans le vagin et l'index gauche étant placé sur le vestibule vulvaire au-dessus du méat urétral. La partie inférieure des deux lèvres du méat est infiltrée et comprise dans l'induration qui s'étend sur les parties latérales du segment antérieur de l'urètre respectant la paroi supérieure de l'urètre. Aussi le méat est-il encore naturellement entr'ouvert ; mais seulement à sa partie supérieure.

L'expression de l'urètre par le vagin ne ramène qu'une faible quantité de liquide pyoïde ; mais si, en retirant le doigt, on appuie fortement sur le noyau induré urétral, il se mêle au liquide un peu de sérosité sanguinolente.

Il n'y a de trace d'ulcération en aucun point du méat : sa muqueuse partout normale est à peine un peu plus rouge que de coutume. L'introduction d'un spéculum urétral est impossible ; mais en entr'ouvrant le méat, on distingue sur la paroi inférieure de l'urètre une ulcération qui n'empiète que faiblement sur ses parties latérales. Elle est donc étroite et allongée dans le sens antéro-postérieur. On ne peut en distinguer la limite postérieure ; mais en avant, elle affleure presque le méat. Sa surface est rouge-foncé, lisse, peu suintante, et ce que l'on voit de ses bords n'est ni déchiqueté ni irrégulier.

Pas de douleurs spontanées. La malade souffre peu en urinant ; certaines mictions même sont, dit-elle, tout à fait indolores.

Dans l'aîne gauche, on trouve un ganglion, gros comme une noisette, dur ; mais un peu douloureux à la palpation. Il est entouré de plusieurs autres plus petits. Dans l'aîne droite, deux ganglions augmentés de volume et indurés.

L'examen du reste de l'appareil génital ne fournit à noter qu'une légère vaginite des culs-de-sac.

Col utérin et anus = 0.

Rien sur les téguments, rien dans la bouche.

Pas d'albumine dans l'urine.

30 août. — L'examen microscopique de la sécrétion urétrale n'y révèle pas la présence du gonocoque.

On porte le diagnostic probable de chancre syphilitique de l'urètre; mais on attend, pour prescrire le traitement, l'apparition des accidents secondaires.

15 septembre. — L'induration est augmentée de volume; mais elle reste toujours circonscrite à l'extrémité antérieure de l'urètre. Les souffrances pendant la miction ont un peu augmenté. Le méat continue à ne pas être ulcéré; on l'entr'ouvre plus difficilement. Il persiste un faible écoulement urétral.

Les ganglions inguinaux augmentent de volume. A gauche particulièrement, on sent, vers la partie interne de l'aîne, trois ganglions très gros, durs, et indolents à la pression.

24 septembre. — L'induration n'a pas changé de volume. On introduit un peu d'onguent gris dans l'urètre comme pansement du chancre.

Pas encore d'accident secondaire.

28 septembre. — Début de la roséole par des macules situées au niveau de la poitrine et des flancs.

1^{er} octobre. — Injection de 0,05 centigrammes de calomel.

4 octobre. — La roséole s'accroît. Elle est maintenant

formée d'éléments larges comme une pièce de cinquante centimes, d'un rouge tirant sur la teinte lie de vin, et en assez grand nombre au niveau de la poitrine et de la région abdominale antérieure.

12 octobre. — L'induration chancreuse semble diminuer. Injection de 3 centigrammes de calomel.

16 octobre. — La roséole disparaît sur les flancs et la poitrine; mais il en est apparu de nouveaux éléments sur les régions du moignon de l'épaule et scapulaire. L'induration chancreuse est fortement diminuée; mais la partie gauche de la lèvre inférieure du méat est le siège d'une très étroite trainée érosive rougeâtre qui s'enfonce dans l'urètre et se continue avec l'ulcération chancreuse qui n'est pas encore cicatrisée.

En certains points de la face interne des petites lèvres, il existe quelques petites érosions; en particulier, il en est une grande comme une lentille à gauche. La malade se plaint de démangeaisons vulvaires. Ces érosions n'ont aucun caractère qui puisse faire songer à de l'herpès. Ce sont probablement des syphilides érosives en train de se constituer.

22 octobre. — Injection d'huile grise.

Les érosions ci-dessus décrites ont tendance à se cicatriser.

31 octobre. — L'induration continue à diminuer de volume; l'érosion propagée au méat existe encore, mais n'a jamais augmenté de dimension et tend à se réparer. Les syphilides vulvaires sont guéries.

CONCLUSIONS

I. — Il existe deux variétés de chancre syphilitique de l'urètre chez la femme : le chancre du méat, le chancre intra-urétral.

II. — Ces chancres sont relativement rares, plus rares encore que chez l'homme ; peut-être parce qu'ils passent souvent inaperçus.

III. — Le chancre du méat présente, le plus souvent, les caractères du chancre syphilitique ordinaire ; mais son siège donne quelquefois naissance à des symptômes particuliers.

IV. — Le chancre intra-urétral est un chancre larvé par excellence ; néanmoins, les symptômes qu'il détermine, analogues à ceux du chancre intra-urétral de l'homme, permettent d'en faire le diagnostic.

V. — Son pronostic est ordinairement bénin en tant que lésion de l'urètre.

Vu : le Président de Thèse,

A. FOURNIER.

Vu, le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Astruc*, De la maladie vénérienne, 1740.
- Bassereau*, Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis (Paris 1852).
- Cornil*, Leçons sur la syphilis, 1879.
- Druelle*, Chancre syphilitique de l'urètre chez une femme. Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1901.
- Du Castel*, Chancres génitaux et extra-génitaux.
- Faitout*, Syphilis de l'urètre. Gazette des hôpitaux, 1897.
- A. Fournier*, Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, 1873.
- A. Fournier*, Traité de la syphilis, 1898.
- Hunter*, De la maladie vénérienne (traduction de Richelot, annotations de Ricord), 1853.
- Jullien*, Traité des maladies vénériennes.
- Jullien*, De l'ulcération blennorrhagique. III^e Congrès international de dermatologie et syphiligraphie, Londres, 1896.
- Lancereaux*, Traité de la syphilis.
- Levin*, Société de dermatologie de Berlin, décembre 1893.
- Mauriac*, Syphilis primitive et syphilis secondaire, 1883.
- Pasteau*, Etude sur le rétrécissement de l'urètre chez la femme. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1898.
- Ricord*, Leçons sur le chancre.
- Rollet*, Maladies vénériennes.

50

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE

